

**Abstract**

*Yazykov O. V. \*, Leonov V. V.,  
Sumy State University,  
2 Rymkogo-Korsakova St., Sumy,  
40007, Ukraine*

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF BENIGN BREAST DISEASES**

**Introduction.** Up to 70 % of the female population of Ukraine has benign breast diseases, so it is extremely important to treat these patients. We know that sector resection of breast is aimed at the elimination of pathologically altered focus, but this method does not provide satisfactory aesthetic results. Scar deformation of the breast, the loss of its natural appearance after surgery significantly reduces the quality of life of patients, which can be a convincing evidence of the low efficiency of sector resection.

Our **aim** is to analyze the effectiveness of breast benign surgery using traditional and modified techniques.

**Material and Methods.** We studied the results of treatment of 151 patients with benign breast diseases: 106 women were operated using the developed methods, sector resection of the breast was performed on 45 patients performed. We used the instruments SF-36v2™ to assess quality of life; we used BEQ before surgery, in 3 and 12 months after surgery to assess the aesthetic satisfaction tool. We estimated radicality and validity of operations from the results of histological examination of removed tissue.

**Discussion.** The analysis of questionnaires for three observation periods revealed that sector resection of the breast did not change the health-related quality of life of patients (51.9 and 46.08 vs. 50.8 and 47.75 points before surgery for PCS and MCS, respectively (MID < 2). At the same time, a significant negative impact on the aesthetic component of quality of life made the results of surgical treatment unsatisfactory. However, the developed operations enhanced health-related quality of life of patients in a year (53.7 and 53.8 vs. 51.01 and 43.57 points before surgery for PCS and MCS respectively,  $p = 0.01$ ; MID > 2). For instance, significantly increased the satisfaction of the aesthetic state of breast (3.82 and 3.78 vs. 3.58 and 3.53 points before surgery for satisfaction with attributes level of self-confidence,  $p < 0.05$ ). Polycystic breast lesions in more than 20 % of cases expressed proliferative and degenerative changes. Therefore, the maximum removal of tissue is the prevention of breast cancer. Due to the high probability of dysplastic changes in fibroadenomas in patients older than 35 years (10 %), we believe that observation and conservative treatment is unacceptable.

**Key words:** breast benign lesions, mini-invasive operations, plastic and reconstructive surgery, quality of life.

**Corresponding author:** \* yazykov@i.ua

**Резюме**

Языкoв O. B. \*, Лeoнoв B. B.,  
Сумський державний  
університет,  
вул. Римського-Корсакова, 2,  
Суми, 40007, Україна

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ**

Проаналізовано ефективність хірургічного лікування 151 пацієнтки з доброякісними захворюваннями молочних залоз: 106 жінок були прооперовані за розробленими методами, 45 пацієнткам виконана секторальна резекція молочної залози. Виявлено, що секторальна резекція не змінює зумовлену здоров'ям якість життя через 1 рік після операції, проте естетичні наслідки такого втручання є незадовільними. Модифіковані методики мініінвазивних і реконструктивно-пластичних операцій достовірно покращують естетичну та обумовлену здоров'ям складову якості життя. Модифіковані операції не знижують лікувальний ефект, мають менший відсоток ускладнень і період реабілітації.

**Ключові слова:** доброякісні захворювання молочних залоз, реконструктивно-пластична хірургія, якість життя.

**Резюме**

Языкoв A. B. \*, Лeoнoв B. B.,  
Сумский государственный  
университет,  
ул. Римского-Корсакова, 2,  
Сумы, 40007, Украина

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Проанализировано эффективность хирургического лечения 151 пациентки с доброкачественными заболеваниями молочных желез: 106 пациенток были прооперированы с помощью разработанных методик, 45 женщинам выполнена секторальная резекция молочной железы. Виявлено, что секторальная резекция не изменяет обусловленное здоровьем качество жизни через 1 год после операции, однако эстетические результаты операции неудовлетворительные. Модифицированные методики миниинвазивных и реконструктивно-пластических операций достоверно улучшают эстетическую и обусловленную здоровьем составляющую качества жизни. Модифицированные операции молочных желез не уменьшают лечебный эффект, имеют меньший процент осложнений.

**Ключевые слова:** доброкачественные заболевания молочных желез, реконструктивно-пластическая хирургия, качество жизни.

**Автор, відповідальний за листування:** \* yazikov@i.ua

**Вступ**

Значна поширеність доброякісних захворювань молочних залоз (ДЗМЗ) серед жіночого населення України, а також можливість малігнізації роблять проблему їх своєчасного лікування надзвичайно актуальною [1]. І якщо у випадку консервативної терапії нозологічна форма захворювання має першочергове значення, то в разі хірургічного лікування єдиним методом залишається секторальна резекція молочної залози (МЗ) [2].

До цього часу багато хірургів не приділяють достатньо уваги специфічності виконання секторальної резекції у пацієнток із різними формами ДЗМЗ. Так, виконання подібної методики є уніфікованим і у жінок з фіброаденомами, і з фіброзно-кістозними змінами МЗ. Виконання ж секторальної резекції у пацієнток з проліферативними полікістозними змінами МЗ взагалі не є припустимим. Дуже низький лікувальний ефект щодо деяких нозологічних форм доброякісної патології МЗ

ставити під сумнів доцільність такого оперативного втручання [3].

Відомо, що зайва травма протокової системи МЗ призводить до лактаційної дисфункції породіллі, сприяє формуванню лактоцеле [4]. Тому окремого аналізу ефективності і доцільності секторальної резекції потребує використання її у пацієнок молодого і дітородного віку.

Традиційна методика секторальної резекції МЗ спрямована на ліквідацію патологічно зміненого вогнища, проте вона зовсім не передбачає задовільні естетичні наслідки. Рубцева деформація молочної залози, втрата її природного вигляду в результаті хірургічного втручання значно погіршує якість життя пацієнок, і це є переконливим свідченням низької ефективності такого оперативного втручання [5].

Сучасність вимагає від жінки бути в центрі уваги, зберігаючи при цьому атрибути власної привабливості. На жаль, класична секторальна резекція МЗ у випадку доброякісних захворювань вже не може задовольнити вибагливу пацієнтку, отже, методи хірургічного лікування доброякісної патології МЗ в Україні потребують ретельного аналізу щодо їх ефективності.

**Мета дослідження** – аналіз ефективності хірургічного лікування жінок із доброякісними захворюваннями молочних залоз за традиційними і модифікованими методиками.

#### Матеріали і методи

Ми дослідили і проаналізували результати діагностики і лікування 151 пацієнтки з ДЗМЗ за період з січня 2008 по листопад 2012 року, які проходили обстеження і лікування на базі Сумського обласного онкологічного диспансеру, ЛДЦ «Сілмед», санаторію-профілакторію СумДУ. Згідно з діагностично-лікувальним алгоритмом пацієнтки були розділені на 2 групи – дослідну групу ( $n = 106$ ) і контрольну ( $n = 45$ ). Пацієнтки не мали статистично значущих відмінностей за віком ( $p \geq 0,05$ ), середній їх вік становив ( $35,7 \pm 2,03$ ) і ( $36,6 \pm 2,05$ ) років відповідно.

Пацієнтки обох груп мали однакові нозологічні форми захворювань. Для жінок дослідної групи розподіл за нозологічними формами захворювання мав першочергове значення, оскільки від цього залежала тактика оперативного втручання. У структурі захворювань у дослідній групі переважали

пацієнтки з фіброаденомами – 60 (56,7 %). 28 (26,4 %) мали фіброзно-кістозну мастопатію (ФКМ), локальні кістозні, проліферативні, вузлові зміни МЗ із внутрішньопроводковими папіломами (ВПП), 15 (14,4 %) мали полікістозне ураження тканини МЗ, 3 (2,8 %) – інші ДЗМЗ.

Серед жінок контрольної групи 46,7 % були з фіброаденомою МЗ, 48,8 % мали ФКМ з локальними кістозними змінами і ВПП, 4,5 % – інші доброякісні захворювання МЗ.

Вік, а також нозологічна форма захворювання у пацієнок дослідної групи мали вирішальне значення для подальшої хірургічної тактики.

Пацієнткам дітородного віку дослідної групи з фіброаденомами МЗ виконували мініінвазивні оперативні втручання ((<sup>19</sup>UA (<sup>11</sup>84896 (<sup>13</sup>U «Спосіб профілактики лактаційної дисфункції в хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень молочної залози»). Така методика передбачала трансареоларний доступ з формуванням підшкірного тунелю до новоутворення МЗ. Видалення новоутворення виконувалося за допомогою спеціально розробленого інструмента ((<sup>19</sup>UA (<sup>11</sup>83923 (<sup>13</sup>U «Хірургічний інструмент для фіксації і утримання тканини молочної залози»), при цьому травма тканини молочної залози і протоків була мінімальною. Оперативні втручання виконувалися під місцевою анестезією (р-н лідокаїну 0,25 % з адреналіном у розведенні 1:20000). Подібні операції виконані 46 пацієнткам, середнім віком ( $27,15 \pm 2,19$ ) років (достовірність 95 %). Пацієнткам із фіброаденомами старшого віку виконували модифіковану резекцію МЗ. Аналогічну методику використовували у пацієнок з ФКМ, локальними кістозними і проліферативними змінами МЗ. Модифіковану резекцію МЗ виконано 27 пацієнткам. Середній вік їх становив ( $41,66 \pm 2,76$ ) років.

Пацієнткам із ФКМ, ВПП незалежно від віку виконували розроблену конусоподібну резекцію протокової системи МЗ ((<sup>19</sup>UA (<sup>11</sup>83922 (<sup>13</sup>U «Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози»). Сутність методики полягала в поєднанні лікувальної операції і мастопексії. Операцію виконували під місцевим знеболюванням, перед цим протокову систему контрастували барвником смарагдовим зеленим, 1 %, далі виконували циркуареоларну

деєпідермізацію шкіри та ареоли. В деєпідермізованій ділянці формувалася Т-подібний інвертований доступ до тканини і протокової системи МЗ. Видалялися контрастовану протокову систему разом із тканиною залози у вигляді конуса, з вершиною, що обернена до соска. Заключним етапом виконували циркумареоларну мастопексію. Таке втручання проведено 14 пацієнткам. Середній вік їх становив  $(42,5 \pm 6,5)$  років.

Жінкам із полікістозними змінами виконували реконструктивно-пластичні втручання. 8 жінкам проведено редуційну лікувальну мамопластику (середній вік  $(44 \pm 2,75)$  років). Із них 6 пацієнткам виконані редуції МЗ за Мс. Kissock, 2 пацієнткам – за L. Benelli.

11 пацієнткам проведено підшкірну мастектомію з одномоментним ендопротезуванням силіконовими імплантатами ((<sub>19</sub>)UA (<sub>11</sub>)83954 (<sub>13</sub>)U «Спосіб підшкірної мастектомії з одномоментним субмускулярним ендопротезуванням молочних залоз силіконовими імплантатами»). Методика оперативного втручання полягала у видаленні лише залозистого компонента органа. Операції виконували під загальним знеболюванням з доповненням тумесцентною анестезією для пролонгації знеболювального ефекту. Формували нижній перiareоларний доступ у вигляді місяця. Після видалення залозистої тканини і мобілізації м'язового карману встановлювався силіконовий імплантат необхідного розміру. На заключному етапі виконували мастопексію. Середній вік пацієнток становив  $(42,81 \pm 2,58)$  років.

На відміну від пацієнток дослідної групи, всім 45 пацієнткам контрольної групи не залежно від віку і нозологічної форми ДЗМЗ виконані стандартні секторальні резекції МЗ.

Аналіз ефективності хірургічного лікування пацієнток обох груп базувався на оцінці суб'єктивних показників стану загального самопочуття і задоволеності естетичним виглядом молочних залоз, а також на результатах патоморфологічного дослідження щодо радикальності операцій.

Методика гістологічного дослідження проводилася стандартно з дегідратацією фрагменту тканини, обробкою його парафіном, мікротомуванням на тонкі зрізи і фарбуванням розчинами гематоксиліну з еозином. У сумнівних випадках і для оцінки рецепторного

статусу видаленого новоутворення препарати підлягали імуногістохімічному дослідженню.

Згідно з рекомендаціями В. J. Hermans (2005 р.) ми використовували опитувальники 2 типів [6]. Опитувальник якості життя SF-36v2<sup>TM</sup> (США) є неспецифічним інструментом для дослідження психосоматичного статусу хворих, у той час як опитувальник BEQ (США) є специфічним тестом для оцінки рівня задоволеності естетичним станом молочних залоз. Анкетування проводили до оперативного втручання, через 3 місяці і 1 рік після операції.

Статистичну обробку даних виконували за допомогою ліцензованої програми Microsoft Office Excel 2007, пакета Statistica 6.0 (Statsoft Inc., USA). При порівнянні результатів оцінки через 3 і 12 місяців після операції розраховували мінімальну важливу різницю (МВР), що для опитувальника SF-36v2<sup>TM</sup> становить  $\geq 2$ , для інструмента BEQ вона не описана.

#### Результати та їх обговорення

Аналізуючи дані опитувальника SF-36v2<sup>TM</sup> ми отримали зниження сумарних показників фізичного (PCS) і психічного (MCS) самопочуття в контрольній групі (46,5 та 43,8 бала відповідно проти 51,9 і 46,0 до операції). У той час як у дослідній групі хворих рівень психічного самопочуття на фоні зниження показника фізичного здоров'я істотно збільшився (43,5 проти 50,7 балів), МВР  $\geq 2$ . Досягнення нормального рівня показника MCS для пацієнток дослідної групи ми пояснюємо позитивною динамікою загоєння післяопераційної рани, а також раннім відновленням і успішним процесом реабілітації пацієнток з мініінвазивними і модифікованими резекціями МЗ. Помірне зниження показників фізичного самопочуття для пацієнток обох груп є статистично ( $p < 0,05$ ) і клінічно (МВР  $> 2$ ) вагомим, очікуваним, а також свідчить про деякі фізичні обмеження у пацієнток дослідної групи внаслідок травматичних втручань, і післяопераційними ускладненнями у пацієнток контрольної групи.

Під час аналізу змін показників фізичного і психічного самопочуття через 1 рік після операції ми встановили, що в дослідній групі вони були навіть кращі, ніж до оперативного втручання (53,8 та 53,8 проти 51,0 та 43,5 бала для PCS та MCS відповідно). Такі зміни є статистично ( $p = 0,01$ ) і клінічно вагомими (МВР  $\geq 2$ ) і свідчать про повну як психологічну, так і фізичну реабілітацію пацієнток через 1 рік

після втручання, усвідомлення покращення загального здоров'я та ліквідацію захворювання. Зміна показників контрольної групи через 1 рік після втручання відносно доопераційного стану межує з рівнем статистичної значимості ( $p = 0,05$ ). Рівень фізичного здоров'я був нижчим, а психічного стану – вищим за вихідні показники до операції (51,9 та 46,0 проти 50,8 та 47,7 балів відповідно для PCS та MCS). Проте зміни показників у групі контролю не досягали межі клінічної значущості ( $MBP \geq 2$ ), що є свідченням незначного впливу оперативного втручання на стан загального самопочуття через 1 рік після операції.

Враховуючи використання різних методик оперативних втручань у дослідній групі хворих, ми дослідили зміну сумарного показника фізичного самопочуття залежно від складності оперативного втручання. Виявилось, що фізичний стан хворих залежить від віку пацієнток, що є логічним, оскільки в підгрупі пацієнток із мініінвазивними втручаннями переважають жінки молодого віку. Фізичне самопочуття для всіх підгруп пацієнток через 3 місяці після операції було гіршим, ніж до операції, проте зміни PCS були більшими для тих хворих, у кого оперативне втручання більшого об'єму ( $T\text{-test} = 2,05$  для мініінвазивних операцій і 2,365 для редуційних мамопластик). У всіх пацієнток виявлено значне покращення фізичного стану, причому цей стан тим кращий, чим менший об'єм оперативного втручання (табл. 1).

Таким чином, невеликі коливання показників фізичного самопочуття в дослідній підгрупі пацієнток з мініінвазивними втручаннями свідчать про незначний вплив на рівень загального здоров'я, натомість складні оперативні втручання в обсязі мастектомій і редуційних мамопластик істотно погіршують показники здоров'я, особливо впродовж перших 3 місяців після оперативного втручання.

Для оцінки естетичної складової оперативних втручань ми використовували дані специфічного опитувальника BEQ. Згідно з рекомендаціями R. Anderson (2006 р.) ми виділили 3 вихідні критерії оцінки рівня задоволеності естетичним станом грудей: задоволеність властивостями грудей, рівень самовпевненості, важливість загального вигляду [7]. Під час аналізу змін цих 3 показників у 3-місячний термін після оперативного втручання

ми виявили, що, як і в випадку з опитувальником стану загального здоров'я, рівень задоволеності станом молочних залоз значно зменшився ( $p \leq 0,05$ ), особливо серед хворих контрольної групи (3,07; 3,25 та 3,27 проти 3,65; 3,6 та 3,55 балів до операції для властивостей грудей, рівня самовпевненості, важливості загального вигляду відповідно). Такі результати дають підстави вважати незадовільними естетичні наслідки оперативних втручань у 3-місячний термін, особливо у пацієнток групи контролю (табл. 2).

Аналіз естетичного задоволення через 1 рік після оперативного втручання виявив істотне зростання всіх 3-х показників в дослідній групі ( $p \leq 0,05$ ). Середні значення рівня задоволеності властивостями грудей та рівня самовпевненості були кращими, ніж до операції (3,82 та 3,78 проти 3,53 та 3,58 бала відповідно). Натомість рівень задоволеності станом молочних залоз у групі контролю через 1 рік після операції був нижчим, ніж до операції (3,3 та 3,4 проти 3,65 та 3,69 бала для середніх показників задоволеності властивостями грудей та рівня самовпевненості відповідно). Покращення критеріїв естетичного задоволення станом МЗ через 1 рік після оперативного лікування у пацієнток дослідної групи відносно початкового рівня свідчить про доцільність а також обгрунтованість виконання розроблених нами втручань. У той час як рівень задоволеності станом МЗ у групі контролю знизився, можна вважати естетичні наслідки секторальної резекції незадовільними.

Між величинами змін показників для опитувальників BEQ та SF-36v2™ у всі 3 терміни дослідження значущого зв'язку не було виявлено ( $p > 0,05$ ), що збігається з даними В. В. Теплового (2012 р.) для опитувальників SF-36v2™ та MBRSQ-AS [8]. Відсутність істотної кореляції між змінами цих показників для обох опитувальників є підтвердженням доцільності їх одночасного використання, оскільки таким чином вони доповнюють один одного.

Таблиця 1

## Математичне сподівання для PCS

Вид операції (складність)	Період	n	Нижня межа	Верхня межа	T-test
Мінінвзивні оперативні втручання	До операції	46	52,87	53,41	2,015
	3 місяці після операції		50,88	51,79	2,015
	1 рік після операції		56,58	57,2	2,015
Модифікована секторальна резекція молочної залози	До операції	27	50,37	52,15	2,06
	3 місяці після операції		47,00	48,79	2,06
	1 рік після операції		53,06	55,12	2,06
Конусоподібна резекція протокової системи молочної залози	До операції	14	48,54	51,72	2,179
	3 місяці після операції		47,02	50,21	2,179
	1 рік після операції		51,02	54,03	2,179
Редукційні методики лікувальної мамопластики	До операції	8	49,11	53,31	2,365
	3 місяці після операції		47,03	50,45	2,365
	1 рік після операції		51,5	55,89	2,365
Підшкірна мастектомія з одномоментним ендопротезуванням силіконовими імплантатами	До операції	11	46,98	50,53	2,228
	3 місяці після операції		41,52	42,86	2,228
	1 рік після операції		49,95	52,09	2,228

Таблиця 2

Математичне очікування для змін показників задоволеності станом молочних залоз для дослідної і контрольної груп (p = 0,045)

Критерії підрахунку	Терміни опитування	Дослідна (n = 106)		Контрольна (n = 45)	
		Мат. сподівання	Середній бал	Мат. сподівання	Середній бал
Задоволеність властивостями грудей	До операції	3,474–3,594	3,534	3,483–3,82	3,65
	3 місяці після операції	3,202–3,427	3,314	2,907–3,245	3,076
	1 рік після операції	3,736–3,903	3,82	3,128–3,473	3,3
Рівень самовпевненості	До операції	3,505–3,665	3,585	3,6–3,782	3,69
	3 місяці після операції	3,358–3,502	3,43	3,134–3,381	3,257
	1 рік після операції	3,711–3,861	3,785	3,3–3,526	3,412
Важливість загального вигляду грудей	До операції	3,452–3,642	3,547	3,404–3,702	3,55
	3 місяці після операції	3,09–3,275	3,181	3,14–3,409	3,274
	1 рік після операції	3,325–3,521	3,423	3,134–3,444	3,289

Важливо відмітити, що в доступних нам літературних джерелах ми не знайшли даних щодо оцінки якості життя у пацієнок після хірургічного лікування ДЗМЗ, проте вперше досліджені і отримані дані, які засвідчують покращення якості життя у таких хворих, збігаються з даними В. J. Hermans (2005 р.) та А. К. Alderman (2014 р.) про значний позитивний вплив на рівень фізичного і психічного самопочуття після аугментаційної, редукційної мамопластики і реконструкції МЗ після радикального лікування [6, 9].

Під час аналізу гістологічних зразків новоутворень і тканини молочної залози в дослідній і контрольній групах не було виявлено ознак злоякісних захворювань. Однак більше ніж 20 % препаратів у дослідній групі з висновком ФКМ (n = 49) мали виражені проліферативні зміни, в основному за рахунок зразків тканини після мастектомій з приводу полікістозних змін МЗ, що ще раз засвідчує лікувальну доцільність подібних втручань і відповідає даним J. M. Dixon (1999 р.) та S. Ciatto (1990 р.) про підвищений ризик розвитку РМЗ у таких пацієнок [10, 11]. У більше ніж 10 % зразків із ФА (n = 78) молочних залоз також виявлено проліферативні зміни різного ступеня, в основному у жінок старшої вікової групи, яким виконані модифіковані резекції молочних залоз, що також є достатньо обгрунтованим лікувальним заходом. У групі контролю у жінок після стандартних секторальних резекцій загальний відсоток проліферативних змін становив 8,7 % (табл. 3).

Радикальність розроблених методик хірургічного лікування не поступається стандартним втручанням, а у випадку розширених оперативних втручань є методом зниження ризику раку МЗ.

Незважаючи на складні травматичні операції у пацієнок дослідної групи, сумарний відсоток ускладнень становив 17 %. Серед них половина (8,5 %) припадає на модифіковані резекції МЗ. Проте в структурі ускладнень серед усіх методик хірургічного лікування майже половина пацієнок із мастектоміями (45,5 %) мали ранні післяопераційні ускладнення, що збігається з даними С. М. Chen (2009 р.) для подібних втручань [12]. Натомість показник ускладнень у підгрупі з малоінвазивними втручаннями був мінімальним – 4,3 %. Пацієнтки контрольної групи після стандартних секторальних резекцій мали 44 % ускладнень в основному за рахунок тривалої лімфореї з інфільтратом післяопераційної рани. Розвиток ранніх післяопераційних ускладнень обумовлював тривале перебування у стаціонарі. Середній ліжкодень у пацієнок дослідної групи становив  $(2,3 \pm 1,04)$  днів, жінки, прооперовані за стандартною методикою, в середньому перебували в стаціонарі  $(11,8 \pm 4,75)$  днів (від 2 до 24 діб), що в 5 разів більше, ніж у пацієнок дослідної групи. Тривале перебування пацієнок контрольної групи в стаціонарі поряд із жінками, оперованими з приводу раку МЗ, також обумовлювало загальний психологічний стан, що відображено в результатах опитування після операції.

Таблиця 3

Гістологічні висновки щодо видалених новоутворень в дослідній і контрольній групах

Гістологічні висновки	Проліферація	Дослідна група n, (%)	Разом	Контрольна група n, (%)	Разом
Фібroadенома	Ні	70 (89,8 %)	78	19 (90,5 %)	21
	Так	8 (10,2 %)		2 (9,5 %)	
ФКМ	Ні	39 (79,6 %)	49	21 (91,3 %)	23
	Так	10 (20,4 %)		2 (8,7 %)	
Внутрішньопротокова папілома	Ні	7 (100 %)	7	0	0
	Так	0		0	
Інші доброякісні новоутворення МЗ	Ні	3 (100 %)	3	2 (100 %)	2
	Так	0		0	
Разом	Ні	119 (86,9 %)	137	41 (91,3 %)	46
	Так	18 (13,1 %)		4 (8,7 %)	

**Висновки**

1. Традиційна методика секторальної резекції не змінює зумовлену здоров'ям якість життя пацієнок через 1 рік після операції. Проте вірогідне зниження показників естетичного задоволення станом молочних залоз після секторальної резекції свідчить про незадовільні естетичні наслідки втручання.
2. Розроблені хірургічні втручання вірогідно збільшують обумовлену здоров'ям якість життя пацієнок, а також задоволеність естетичним станом молочних залоз, що свідчить про досягнення оптимального лікувального і косметичного ефекту від операцій.
3. Мінінвизивні оперативні втручання істотно не впливають на фізичну складову якості життя, на відміну від реконструктивно-пластичних втручань, навіть у 3-місячний термін після операції. Фізичне відновлення пацієнок залежить від віку та обсягу оперативного втручання.

**References (список літератури)**

1. Pristash YuYa. [Nonhormonal rehabilitation of reproductive system in women after surgical treatment of fibrocystic mastopathy]. *Taking Care of a Woman*. 2014;(6):8–10.
2. Chuhrienko DP, Lyulko AV. *Atlas operatsiy na molochnoy zheleze* [Atlas of breast surgery]. Kyiv: Zdorovie Publ., 1971. 146 p.
3. Andruschenko VV, Leonov VV, Yazykov OV, Lukavenko IM. [Oncoplastic operations in treatment of polycystic disease of mammary gland]. *Kharkiv Surgical School*. 2012;54(3):39–41.
4. Druzhkov OB, Gataullin IG, Druzhkov BK, Druzhkov MO. [Optimization of the principles of surgical treatment of benign mammary disease]. *Kazan Medical Journal*. 2010;91(1):120–121.
5. Egiev VN, Rudakova MN, Zori EA. [The evolution of benign nodular lesions of mammary gland]. *Endoscopic Surgery*. 2007;4:58–62.
6. Hermans BJ, Boeckx WD, de Lorenzi F, van der Hulst RR. *Quality of life after breast reduction*. *Ann Plast Surg*. 2005;55(3):227–31.
7. Anderson RC, Cunningham B, Tafesse E, Lenderking WR. *Validation of the breast evaluation questionnaire for use with breast surgery patients*. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(3):597–602.
8. Teplyi VV. [The impact of surgical correction on body cosmetic defects on health-related quality of life]. *Plastychna ta Rekonstruktyvna Khirirhiia*. 2012;18(1):20–30.
9. Alderman AK, Bauer J, Fardo D, Abrahamse P, Pusic A. *Understanding the effect of breast augmentation on quality of life: prospective analysis using the BREAST-Q*. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133(4):787–795.
10. Ciatto S, Biggeri A, Rosselli M, Bartoli D. *Risk of breast cancer subsequent to proven gross cystic disease*. *Eur J Cancer*.





- 1990;26(5):555–7.
11. Dixon JM, McDonald C, Elton RA, Miller WR. Risk of breast cancer in women with palpable breast cysts: a prospective study. *Lancet*. 1999;353(9166):1742–5.
  12. Chen CM, Disa JJ, Sacchini V, Pusic AL, Mehrara BJ, Garcia-Etienne CA, Cordeiro PG.

Nipple-sparing mastectomy and immediate tissue expander/implant breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(6):1772–80.

*(received 22.09.2014, published online 15.10.2014)*

*(отримано 22.09.2014, опубліковано 15.10.2014)*

